262

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionslet0000vari_o6v4

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et Soutenue le 22 Mai 1909, à Une heure

PAR

Edmond PATEAU

Ancien interne des hôpitaux de Nantes

Contribution à l'Etude

DES

Crises Hypothermiques

dans la fièvre typhoïde

Président : Monsieur CHAUFFARD, professeur ;

Juges : MM. DIEULAFOY et BAR, professeurs ; BRINDEAU, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLTE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT - DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON COUSIN LE DOCTEUR A. VIAUD

A MES PARENTS ET A MES AMIS

Hommage de reconnaissance et d'affection

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOSPICES CIVILS DE NANTES

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR URBAIN MONNIER

MÉDECIN DES HOPITAUX

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous nous faisons un devoir d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous ceux qui, durant le cours de nos études, nous sont venus en aide de quelque façon que ce soit.

Nous ne saurions oublier les leçons éclairées et les bienveillants conseils que nous prodiguèrent, sans jamais se lasser, pendant nos années d'externat et d'internat, nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole de Médecine.

A Monsieur le Professeur URBAIN MONNIER qui nous a inspiré dans le choix de notre sujet et nous a guidé dans nos recherches, nous exprimons notre plus vive gratitude.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale; nous le prions d'agréer nos plus respectueux remerciements.

OBJET ET PLAN

Dans le courant de l'année 1900, notre maître, Monsieur le Professeur U. Monnier, médecin de l'Hôtel-Dieu à Nantes, était témoin d'un fait intéressant au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde.

Il s'agissait d'une jeune fille parvenue jusqu'à cette date de la maladie sans aucun phénomène anormal. Le quatorzième jour au matin, tout d'un coup, le tableau change. La malade se plaint d'un malaise subit, d'un sentiment d'angoisse indéfinissable, et d'une grande oppression. Le visage a l'expression d'un véritable état syncopal, les extrémités sont froides. Le pouls est à peine sensible, inégal, très irrégulier. Les battements du cœur se perçoivent faiblement; la malade est inondée de sueurs.

La température est à 35°8, ayant atteint 39°2 sept heures auparavant.

Notre maître pense immédiatement à l'existence

d'une hémorragie intestinale, ou d'une perforation. Mais l'examen du ventre et des selles fait rejeter ce diagnostic.

Que penser? Un traitement vigoureux est institué pour réveiller la contractilité du cœur (huile camphrée, frictions, boissons chaudes), et la température remonte, les phénomènes alarmants disparaissent, la maladie reprenant sa physionomie primitive et évoluant vers la guérison.

Tel est le fait typique, rapidement décrit, dont on retrouvera la relation dans la Gazette des Hôpitaux de Nantes (1908) et dont nous voulons nous occuper dans ce travail.

Il s'agit, en somme d'un abaissement brusque et sans cause apparente, sans trouble viscéral *intercurrent*, de la température, suivie plus ou moins rapidement d'une réascension avec laquelle disparaissent, si tant est qu'il y en ait eu, les symptômes nouveaux observés au cours de cette hypothermie.

Quelquefois, en effet, rien n'est surajouté à la chute de température. Il y a hypothermie, purement et simplement.

D'autre part, ces *crises hypothermiques*, c'est ainsi que nous les appellerons, s'observent à des époques variables de la fièvre typhoïde.

Les unes sont bénignes; les autres ont un aspect de gravité évident.

Il importe donc d'être édifié d'une façon aussi précise que possible, sur la physionomie clinique de ces accidents, d'en faire le diagnostic, et de leur opposer une thérapeutique sérieuse.

Autant de questions que nous nous efforcerons de résoudre dans ce travail.

Dans un premier chapitre, nous étudierons la symptômatologie des crises hypothermiques.

Le chapitre II sera consacré à l'étude du diagnostic.

Dans le chapitre III nous établirons, sur les données cliniques, le pronostic de ces crises.

Leur pathogénie fera l'objet du chapitre IV.

Dans le chapitre V nous verrons le traitement.

Le chapitre VI et dernier, contiendra les observations recueillies.

Enfin, nous tirerons nos conclusions.

CHAPITRE I

Symptomatologie — Etude clinique

En dépit des règles précises énoncées par Wunderlich sur la température dans la fièvre typhoïde, rien n'est plus capricieux souvent que le cycle fébrile de cette affection.

On connaît le type classique que les recherches de Wunderlich, Thomas, Griesinger, Liebermeister, Jaccoud, Lorain ont bien établi. Le cycle thermique représente les trois côtés supérieurs d'un trapèze (Jaccoud). Les oscillations ascendantes du début s'élèvent graduellement, chacune dépassant la précédente d'un demi-degré, puis elles oscillent autour d'un point fixe, en conservant chacune la même amplitude, et enfin descendent régulièrement.

Pour Wunderlich il se fait, du septième au onzième jour, une rémission de la température qui ne s'abaisse jamais jusqu'à la normale.

La défervescence se fait en lysis. Ce sont là, il faut l'avouer, des règles bien précises.

Personnellement, dans le courant de notre stage hospitalier et de nos années d'internat, il nous a été donné bien rarement de constater le type classique des auteurs d'une façon nette.

Cela se conçoit aisément si l'on songe aux mille accidents, aux mille complications, aux mille défaillances qui assiègent un organisme, à la faveur d'une aussi grave infection!

Nous ne nous occuperons que pour les citer, des perversions calorifiques observées dans la dothiénentérie et des formes anormales de la courbe dans son ensemble.

Tissot (1) les résume dans sa thèse inaugurale.

On peut voir des fièvres typhoïdes apyrétiques, ou presque, typhoïdettes, typhus levissimus, ambulatorius, etc, des défervescences brusques, des températures matinales plus élevées. (Chantemesse).

Le professeur Potain a même cité un cas où le cycle fébrile avait été l'inverse de ce qu'il est normalement, et il l'appelait « fièvre renversée ».

Ortiz (2), dans sa thèse, Gérardt, Jenkes, Teissier, ont étudié ces faits.

Enfin nous laisserons de côté les phénomènes hypothermiques par complication ou infection nouvelle — péritonite — hémorragie intestinale, etc., etc., nous réservant de traiter ces questions lorsque nous ferons

(1) Tissot *Thèse Paris* 1905.

(2) Ortiz (*Ricardo*) *Thèse Paris* 1894. — Fièvre typhoïde apyrétique.

le diagnostic de la véritable crise hypothermique telle que nous l'entendons.

Ce qu'il y a de plus frappant ce sont ces abaissements brusques, inopinés, de la température, souvent sans adjonction d'aucun symptôme chez le typhique, quelquefois aussi doublés d'un état général devenu subitement grave, avec refroidissement, cyanose, collapsus.

Depuis les cas publiés par Tissot, notre maître, M. Monnier, a pu constater de nouveaux faits analogues; nous-même en avons réuni plusieurs observations inédites.

Frappé de l'aspect de gravité revêtu par quelques unes des crises hypothermiques, de la bénignité des autres, nous les diviserons avec M. Monnier, pour leur étude clinique en crises *légères,* et crises *graves.*

Une seconde distinction nous semble aussi à faire, selon la date d'apparition de ces accidents au cours de la maladie, car il résulte des observations recueillies qu'on peut les noter en tout temps, mais surtout soit *au début du deuxième septénaire*, soit en *pleine période d'état,* soit au *commencement de la convalescence.*

Le pronostic, d'ailleurs, demeure plus ou moins lié à ces particularités.

Nous étudierons donc les crises d'après la gravité, puis selon leur date d'apparition.

A) D'après la gravité

1° Crises hypothermiques légères

Dans le cours d'une fièvre typhoïde il n'est pas très

rare d'observer des abaissements plus ou moins prononcés de la température, se produisant dans un court espace de temps, souvent une seule journée.

La maladie poursuit son cours normal, rien d'extraordinaire n'est à signaler, et tout d'un coup, à la visite du matin, le plus souvent, comme dans nos observations de l'Hôtel-Dieu, on est fort surpris de constater un abaissement notable de la température.

Le point important de cette forme c'est qu'il n'y a *aucune adjonction de signes nouveaux* chez le typhique. Rien, en apparence tout au moins, n'explique la chute.

Dès le soir même quelquefois, rapidement en général, la température remonte et le typhique continue sa maladie comme si rien ne s'était passé.

Dans la Gazette des Hôpitaux de Nantes, année 1908, Monsieur le Professeur Monnier a publié trois observations résumées de ce type de crise hypothermique légère que l'on retrouvera à notre chapitre des observations. (Obs. VII, VIII, IX) et Bénazet dans sa thèse (Lyon 1908) en cite aussi un cas typique (Obs. XII).

Wunderlich avait observé fréquemment du septième au onzième jour de la fièvre typhoïde une chute de la température assez brusque; pour cet auteur, il s'agit plutôt d'une rémission, car la température ne descend jamais jusqu'à la normale. L'écart peut être considérable, c'est vrai, mais il n'y aurait pas hypothermie proprement dite comme dans nos observations. « C'est une rémission subite et temporaire qui

varie de un degré à deux degrés et demi et ne dure en moyenne que 10 à 12 heures. » Jaccoud) Ce même auteur (1) en rapporte un exemple dans ses cliniques.

La précision de Wunderlich pour la date d'apparition de cette rémission est exagérée comme on le verra plus loin. Dans les observations que nous avons recueillies il n'y a pas seulement rémission, mais bien hypothermie. Dans un cas, (observation IX), la température tombe brusquement de 39 à 35; dans un autre cas, (observation XII) le thermomètre descend à 35,7.

Il ne s'agit donc pas à proprement parler, de la rémission considérée comme normale par Wunderlich.

Mais ces deux modes de dépression thermométrique ont un caractère commun de toute première importance, leur *bénignité*. Le malade demeure dans l'état où il était avant la chute; le pouls conserve ou à peu près ses caractères. L'auscultation du cœur ne révèle rien de plus. On n'observe ni cyanose, ni collapsus, ni phénomènes nerveux surajoutés. Bref, si la feuille de température n'était là pour attester la crise, rien ne pourrait la faire soupçonner.

Les crises hypothermiques légères ainsi entendues, avec véritable hypothermie, sont loin d'être un fait d'observation banale.

Sur 83 cas de fièvre typhoïde dont il possède la relation, M. Monnier n'a pu noter que trois fois une chute brusque de la température sans adjonction d'aucun autre symptôme.

(1) Jaccoud — Leçons de Clinique médicale 1874 — 2e édition, p. 763

Ajoutons que la terminaison de la maladie a toujours été favorable.

D'autre part, il ne faudrait pas conclure des idées exprimées par Wunderlich, et de la plus grande fréquence des abaissements de température « *sans gravité* » au début de la fièvre typhoïde, qu'on ne puisse pas observer d'hypothermie « *grave* » à cette période. Notre observation II (deuxième de Tissot) le prouve d'une façon évidente.

II. Crises hypothermiques graves

Tout autre est le tableau clinique de la crise hypothermique *grave* que nous allons envisager maintenant.

Voici comment les choses se passent. C'est brusquement, inopinément, soit vers la fin du premier septénaire, soit dans le cours de la seconde semaine, parfois même immédiatement avant la convalescence que le clinicien peut se trouver en présence d'une crise hypothermique.

Le faciès du malade est pâle, syncopal. Les traits sont tirés, les yeux excavés, les lèvres et même les extrémités plus ou moins cyanosées.

Les respirations sont très brèves et très fréquentes.

Etendu pour ainsi dire sans vie, baigné d'une sueur froide, le typhique semble vraiment toucher à sa fin.

Si l'on ausculte le cœur, on constate que les bruits en sont sourds, irréguliers, quelquefois à rythme embryocardique et donnant une impulsion radiale à peine perceptible.

La température qui était très élevée la veille au soir, est maintenant à 35, 34 ou même moins encore: (Voir notre observation X).

On cherche à s'expliquer des phénomènes aussi alarmants. Il y a quelquefois, mais c'est rare, des vomissements ou de la diarrhée. Mais l'examen du ventre, des selles ne révèle rien: « *aucun symptôme abdominal n'attire l'attention* ». C'est là, comme le fait remarquer M. Monnier, un signe négatif de haute valeur. Nous aurons d'ailleurs occasion d'y revenir à propos du diagnostic.

Tel est le tableau, véritablement impressionnant, de la crise hypothermique *grave*.

Griesinger, Liebermeister, Bernheim de Nancy, Rosenthal, Villaume, Tissot (Thèse 1905) en ont observé des cas.

Plusieurs faits analogues dont on trouvera ici la relation dans nos observations ont été constatés à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Le Docteur Paul Léger en cite un cas dans l'Année Médicale de Caen.

Peut-on prévoir la crise?

Le plus souvent non.

Cependant certains faits sont à considérer sous ce rapport.

La fièvre typhoïde se montre parfois sous un jour spécial, dès le début. Le malade est très affaibli, abattu; son pouls est d'une mollesse excessive.

L'état typhoïde proprement dit est ici prédominant. C'est la forme adynamique (Chantemesse, in Bouchard et Brissaud, article sur la Fièvre typhoïde).

Il y a aussi la forme ataxo-adynamique caractérisée par l'adjonction à la forme précédente d'une réaction intense du système nerveux (délire précoce, hallucinations, soubresaut des tendons, convulsions).

C'est dans ces formes graves qu'on peut observer, exceptionnellement, il est vrai, dès le début de l'infection, une tendance à la cyanose et aux lipothymies de la dyspnée au moindre effort, une asthénie enfin, considérable. (Monnier).

A part ces faits très rares, la crise survient toujours sans le moindre prodrôme.

B) D'après la date de l'apparition

Il semble, d'après les observations recueillies et comparées, qu'on puisse encore établir une sorte de classification de ces crises hypothermiques, d'après *la date de leur apparition* dans le courant de la fièvre typhoïde; non point que ces crises, ainsi classées, correspondent exactement à des formes cliniques bien déterminées ou de gravité à peu près constante, mais la fréquence des chutes de température brusques à des moments donnés de la dothiénentérie justifie cette classification et facilite l'étude des hypothermies.

Au préalable, nous ferons remarquer combien il est difficile, surtout en milieu hospitalier où les renseignements manquent souvent de précision quand ils ne font pas absolument défaut, de juger à quel moment on en est de l'infection typhique.

Aussi on ne saurait poser des règles bien précises.

Nous envisagerons successivement les crises hypo-

thermiques au *début*, à *la période d'état*, enfin au *moment de la convalescence*.

a) *Au début.* — C'est du septième au onzième jour qu'a lieu la rémission décrite par Wunderlich.

Dans son Traité de Pathologie interne, Jaccoud mentionne ces abaissements thermiques. « Le deuxième stade présente une particularité qu'il est intéressant de connaître. C'est une rémission subite et temporaire qui varie de 1 degré à 2 degrés et demi et ne dure en moyenne que 10 à 12 heures. Wunderlich assigne à ce phénomène le matin du septième jour. Mais cette précision est exagérée. J'ai observé cette rémission du sixième au huitième jour. Si l'on ignore ces faits on pourra, en présence de cet abaissement, douter du diagnostic et croire qu'on touche au déclin d'une maladie qui n'a pas été une typhoïde, tandis qu'en réalité, cette chute thermométrique, à condition qu'elle soit subite et momentanée, est un signe positif de typhus abdominal. »

Outre que les crises hypothermiques *légères*, telles que nous les entendons, diffèrent de celles de Wunderlich par le niveau thermométrique atteint, nous les avons observées avec M. Monnier au deuxième et au troisième septénaire.

Chantemesse (in Traité de Médecine Bouchard et Brissaud) cite une observation personnelle, où la rémission matinale momentanée et trompeuse décrite par Wunderlich, ne s'est pas faite le septième jour, mais le treizième.

Guéneau de Mussy (1) en a observé au quinzième.

Quoi qu'il en soit, les chutes de température brusques mais d'allures bénignes, peuvent s'observer, soit tout à fait au début, soit dans les premiers septénaires de la fièvre typhoïde.

Elles sont tantôt légères, tantôt graves. La seconde observation de Tissot cite un cas de crise hypothermique grave au neuvième et dixième jour. (Obs. II). Notre observation VIII est un type de crise légère à la fin du second septénaire.

b) *Période d'état.* — Beaucoup d'observations, je dirai même le plus grand nombre, attestent l'apparition de crises hypothermiques, alors que la maladie est en plein fastigium, vers la troisième et la quatrième semaine. Ces crises peuvent être légères ou graves; plus souvent graves, croyons-nous, ainsi qu'on peut s'en rendre compte d'après nos observations (I, IV, X, XI).

c) *Début de la convalescence.* — Quand on lit certaines de nos observations, par exemple la VI[e], on est frappé du fait que la convalescence suit presque immédiatement la crise hypothermique. Il y a là comme un sillon très net marqué entre la fin de la défervescence et le début de la convalescence. Après la crise, la température remonte un peu au-dessus de la normale, pour redescendre ensuite et définitivement à son niveau. La guérison survient plus ou moins rapidement.

(1) Guéneau de Mussy — Cliniques 1874 — 2[e] édition, p. 273.

Mais ces crises brusques, uniques, qui entrent dans notre sujet, ne sont pas les seules, on va le voir.

Comme on le sait, la défervescence classique de la fièvre se fait en lysis, mais on peut observer d'autres types.

Bénazet, dans sa Thèse inaugurale, (Lyon 1907) a bien étudié ces modalités diverses de la défervescence typhique. Selon lui, il y a la défervescence classique, en lysis; la défervescence avec stade amphibole, ce qui veut dire « une série d'oscillations irrégulières de grande amplitude, dont l'ensemble accuse bien une tendance descendante de la température, mais avec des irrégularités et des ascensions vespérales très élevées ».

Enfin la défervescence brusque, comme dans la pneumonie.

Cette dernière modalité est signalée par Jaccoud, dans ses cliniques. Il attribue d'ailleurs les nouvelles observations recueillies à son traitement dont il fait une description minutieuse. La proportion, d'après lui, de défervescences brusques, est de 1 sur 15 cas.

Bénazet donne de nombreux tracés de défervescence.

Dans tous, l'hypothermie (chutes plus ou moins rapides et variées au-dessous de la normale) apparaît d'une façon constante à la fin de cette période.

D'autre part, Collignon, dans sa Thèse inaugurale (Lyon 1908) pour préciser cliniquement la défervescence de la dothiénentérie a étudié les phénomènes critiques qui se passent alors. Ce sont « des crises ». (Journal des Praticiens 1909, page 105). Il y a la crise urinaire, la crise leucocytaire, la crise humorale et diver-

ses autres manifestations dont nous n'avons pas à nous occuper ici ; enfin la crise hypothermique, la seule qui nous intéresse.

La véritable crise hypothermique de convalescence, telle qu'elle est décrite par Bénazet et Collignon se conçoit de la façon suivante : « Elle se caractérise par l'abaissement de la température au-dessous de la normale dès les premiers jours de la convalescence. Elle est symptomatique d'une convalescence définitive quand elle dure depuis quelques jours et s'est établie graduellement à la suite d'une défervescence régulière ». (Journal des Praticiens) (1).

Bénazet cite des cas où malgré la chute de la température au-dessous de la normale, on assiste ensuite à des exacerbations ou à des recrudescences. (Tracés XXIV, XXV, XXVIII, XXII, XXI, XX, VII, II.) (Wunderlich numéros 4 et 7) (Cadet de Gassicourt, numéro 85).

Dans ces cas, l'hypothermie est particulière. Ce sont des abaissements brusques et temporaires, jamais à un degré bien marqué, descendant à peine de 0,1, 0,2, et, au maximum 0,5 au-dessous de 37.

Enfin elle coïncide avec des défervescences plus ou moins irrégulières.

A contre de ces hypothermies symptômatiques d'une convalescence dont on vient de voir les caractères (Journal des Praticiens) l'hypothermie brusque et passagère n'est qu'un épiphénomène, sans valeur pronostique, mais aussi sans signification fâcheuse comme le

(1) *Journal des Praticiens 1909*. Page 105.

croyait Wunderlich, car elle est survenue dans le stade de défervescence, c'est-à-dire à une période où elle est habituelle.

Donc, parmi les crises hypothermiques qui surviennent au début de la convalescence, les unes sont véritablement symptomatiques de cette période et présentent les caractères étudiés plus haut, les autres sont purement accidentelles, sans valeur pronostique et analogues soit aux crises graves, soit plus souvent aux crises légères de Monnier. (Obs. VI).

CHAPITRE II

Diagnostic

L'étude clinique que nous venons de faire nous dispense de faire le diagnostic *différentiel* des crises hypothermiques entre elles.

En présence d'une chute brutale de la température, on peut se demander si l'on a véritablement affaire à la crise hypothermique étudiée dans ce travail, ou bien à ces chutes produites par une des nombreuses causes susceptibles de faire tomber la température au cours d'une aussi grave infection.

En un mot nous voulons éliminer les causes variées d'hypothermie dans la dothiénentérie.

Il y en a d'abord deux grandes, deux principales, avec lesquelles il faut malheureusement toujours compter dans la pratique: nous avons nommé les *hémorragies intestinales* et la *péritonite avec ou sans perforation.*

1° Hémorragies intestinales

Jaccoud dans son « Traité de Pathologie Interne (Tome III) en fait une bonne description clinique. « Ces hémorragies ont leur plus grande fréquence du quatorzième au vingt et unième jour. La température baisse subitement ; la chute peut être de 2 à 3 degrés en quelques heures. Les téguments pâlissent ; les extrémités sont froides. Le pouls devient petit sans perdre de sa fréquence. C'est une complication très grave ».

Nous lisons dans l'article de Chantemesse sur la fièvre typhoïdé (in Traité de médecine de Bouchard et Brissaud) que « modérées, ces hémorragies ne donnent lieu à aucun symptôme. Le collapsus brusque avec abaissement thermique et menace de syncope peut être le premier indice d'une hémorragie abondante qui ne s'est pas fait jour au dehors. Le plus ordinairement *l'hemorragie se traduit par la présence du sang dans les garde-robes*. Quand il s'y trouve en petite quantité, on le reconnaît aux striations rouges, ou à la teinte rougeâtre des matières. »

Quelle que soit l'abondance, la consistance ou la couleur du sang épanché, on le reconnaîtra sans peine. C'est là le point principal du diagnostic.

Ajoutons que dans l'hémorragie la chute brusque de la température est suivie d'une réascension rapide, dans l'espace de quelques heures jusqu'au niveau atteint auparavant. Nous verrons qu'il n'en est pas ainsi dans la péritonite.

2° Péritonite avec ou sans perforation

La *perforation intestinale,* quand elle a lieu, se montre ordinairement au moment de la chute des escharres, mais comme celles-ci ne s'éliminent pas toutes à la même époque, la solution de continuité peut faire son apparition dans les troisième ou quatrième septénaires, parfois plus précoce, parfois plus tardive.

La *péritonite généralisée,* plus rarement *circonscrite,* est la conséquence de la perforation, mais peut aussi succéder à une perte de substance des parois de la vésicule biliaire, à un abcès de la rate ou des ganglions mésentériques, une collection purulente du voisinage.

Les symptômes sont variables.

On observe peu de signes si le malade se trouve déjà dans la prostration de l'adynamie (vieillard par exemple).

Cependant on remarque en général de l'altération des traits, un collapsus rapide, une accélération brusque du pouls, une élévation de température ou un abaissement thermique inexplicable. (Lereboullet, Ballet, Bulletin de l'Académie de médecine 1896).

Le météorisme du ventre, la sonorité de la région hépatique à la percussion, le hoquet, les vomissements feront soupçonner une péritonite.

Citons aussi la péritonite par *propagation* que les uns ont niée, les autres soutenue.

Quoi qu'il en soit il y a chute brusque de température comme dans notre crise hypothermique, suivie d'une réascension assez lente et n'atteignant jamais le niveau antérieur (signe distinctif avec l'hémorragie) ; mais les

signes énumérés plus haut, la douleur spontanée (très violente au moment de la perforation) et provoquée de l'abdomen, la contraction des anses intestinales visible sous la peau quand on découvre le malade, le tympanisme, les vomissements bilieux etc. (Monnier) tous ces signes permettront de faire le diagnostic avec la crise hypothermique que nous étudions.

Après ces deux grandes causes d'hypothermie, il en est plusieurs vraiment faciles à éliminer par un examen sérieux.

Une localisation de l'intestin sur le foie s'accompagne de la sensibilité objective de cet organe, son augmentation de volume, la teinte subictérique ou ictérique des conjonctives, l'urobilinurie, des hémorragies, des muqueuses ou de la peau.

Le rein est-il en cause?

On aura alors le symptôme plus ou moins complet de l'insuffisance rénale, c'est-à-dire: une diminution marquée des urines, une albuminurie en général intense, des œdèmes, des vomissements, etc.

Les accidents du côté de la rate sont rares. La rupture de cet organe peut cependant en imposer pour une grande hémorragie intestinale ou une péritonite suraigüe.

Monsieur Monnier s'étonne qu'on ait signalé l'hypothèse d'une pleurésie ou d'une pneumonie comme cause d'hypothermie chez le typhique. « Ces faits, dit-il, doivent être bien rares car pneumonie et pleurésie occasionnent plutôt de l'hyperthermie. » D'ailleurs les signes sthéthoscopiques peuvent donner l'éveil.

Les diarrhées profuses peuvent donner lieu à un abaissement considérable de la température et il est assez malaisé de faire leur part dans l'étiologie de l'hypothermie. En tous cas c'est une cause de constatation facile.

Enfin nous nous souvenons dans le cours de notre service d'interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes d'avoir constaté de brusques abaissements de la température sous l'influence du pyramidon, sans toutefois avoir jamais constaté une véritable hypothermie. Mais il demeure évident que certains médicaments hypothermisants (pyramidon, antypirine, etc.) peuvent produire, s'ils sont administrés avec excès ou d'une façon inopportune, des crises hypothermiques dont on reconnaîtra alors la cause sans difficulté.

Toutes ces causes étant éliminées, il nous reste un dernier point à étudier et non le moindre.

Une confusion pourrait en effet exister entre la véritable crise hypothermique grave et des crises ou cardiaques ou bulbaires, comme peut en déterminer le virus typhique, avec lésions de ces organes.

Nous avons vu le tableau de la crise hypothermique grave. Est-ce que cela ne ressemble pas, trait pour trait, au syndrome de la *dilatation aiguë du cœur* par myocardite ou au *syndrôme bulbaire?* Ne peut-on confondre les deux et en faire une seule et même manifestation de l'infection éberthienne?

Ce fut l'idée de notre maître, le professeur Monnier, lorsqu'il assista à la première crise hypothermique grave.

Les maladies infectieuses, comme chacun sait, ont une prélidection pour le cœur et l'action élective de la toxine typhique sur cet organe est désormais un fait acquis.

Les infections peuvent entraîner la dilatation aigüe du cœur par action des toxines charriées dans la circulation. Les symptômes sont variables suivant les cas, mais voici ce qu'on observe le plus souvent. L'impulsion cardiaque est affaiblie, diffuse. La pointe bat au-dessous du siège normal, se portant plus ou moins vers l'aisselle dans la dilatation du cœur droit. L'aire de matité est accrue. Les bruits sont affaiblis, surtout le premier.

On observe quelquefois un souffle systolique mitral à la pointe par dilatation transitoire, plus fréquent pour la tricuspide. Presque toujours il y a un bruit de galop droit. Le pouls est faible, rapide, inégal, parfois irrégulier. Le malade ressent des palpitations; il éprouve une sensation d'étouffement, de plénitude thoracique. La face est cyanosée; il y a tendance aux lipothymies et aux syncopes.

A ces symptômes s'ajoutent des signes de sub-asystolie: foie gros, sensible, albuminurie, urines rares, foncées, œdèmes des membres inférieurs, sub-ictère.

Si au collapsus évident s'ajoute la chute brusque de température on conçoit qu'il y ait matière à confusion.

Mais comme le dit M. Monnier « il est vraiment impossible d'admettre que ces graves altérations puissent disparaître si vite sans laisser après elles des traces de leurs atteintes. »

Dans la dilatation aigüe du cœur la terminaison est ordinairement fatale, et la mort presque toujours habituelle dans les paralysies bulbaires.

L'erreur est possible au début, au moment de la chute de la température, mais dans la crise hypothermique grave, on ne tarde pas, avec une médication appropriée, à observer la disparition des troubles et la réascension de la température.

D'autre part, sachant cliniquement que ces crises hypothermiques existent, on sera moins sujet à l'erreur.

Voilà pour les troubles organiques du cœur ou du bulbe.

Quant aux troubles purement fonctionnels de ces organes, l'aperçu pathogénique que nous allons donner plus loin nous montrera la part qui leur est faite dans la production des crises hypothermiques.

Dans la pratique on ne doit pas et on ne peut pas en discuter le diagnostic.

CHAPITRE III

Pronostic

Si l'on examine maintenant, au point de vue de la terminaison, toutes les observations de crises hypothermiques, légères ou graves, qui ont été publiées, on est frappé de ce fait que la guérison est la règle.

Ayant donc éliminé les causes d'hypothermies passées en revue tout à l'heure, et dûment posé son diagnostic de crise hypothermique, un praticien peut se croire autorisé à faire entrevoir la guérison, à condition bien entendu qu'un traitement énergique soit institué.

Donc, en général, le pronostic est bon. On l'établira surtout d'après la date de l'apparition et la physionomie des accidents.

L'abaissement du début signalé par Wunderlich est pour ainsi dire normal : il ne se révèle guère que sur la feuille de température.

Il en est de même pour les crises hypothermiques légères de Monnier.

Les crises de la convalescence répondant au type Bénazet et Collignon annoncent la guérison.

Quant aux crises hypothermiques graves, avec dépression et collapsus intenses, nous pensons avec Monnier qu'elles pourraient devenir *fatales* sans un traitement énergique.

« La terminaison est marquée par une émission plus abondante d'urines, par la disparition des troubles du pouls et du cœur et surtout par le retour de la température, soit plus souvent au chiffre qu'elle atteignait avant la crise, soit tout au moins au-dessus de 37. La crise ne paraît avoir aucune influence sur la durée de la fièvre typhoïde ni sur le pronostic. » «S'il est vrai que jusqu'ici le pronostic de la crise hypothermique semble devoir être excellent, il n'est pas défendu de penser que certaines crises pourraient devenir fatales à défaut du traitement. »

CHAPITRE IV

Pathogénie

En abordant la pathogénie des crises hypothermiques de la Fièvre typhoïde nous touchons au point le plus délicat de la question.

C'est qu'en effet, rien n'est plus incertain, rien n'est moins résolu.

Avant d'entreprendre toute discussion, voyons succinctement les travaux parus et susceptibles d'éclairer la question, de solutionner le problème si tant est que cela soit possible.

On a beaucoup expérimenté dans ces dernières années sur les infections, et les connaissances que nous avons acquises sur les microbes, sur leur toxine en particulier, les innombrables recherches de laboratoire auxquelles se livrent tous les jours nos plus grands expérimentateurs contemporains, ont éclairci nombre de questions pathogéniques demeurées jusque là insolubles.

En 1892 Chantemesse et Widal, (Annales de l'Ins-

titut Pasteur 1892) décrivent l'infection typhique chez le cobaye inoculé avec un virus exalté.

L'inoculation d'un bacille typhique rendu plus virulent par des procédés dont nous n'avons pas à nous occuper ici, détermine une infection à évolution rapide, d'une durée moyenne de quinze à dix-huit heures. Le cobaye reste pendant quelques heures à 38° 5 température normale. Au bout de deux à six heures la température oscille autour de 40° et atteint même parfois 41°. De la sixième à la douzième heure, la température descend au chiffre normal, puis au-dessous: 37° 36° 35° 34°, même 32° au moment de la mort qui survient dans une sorte de collapsus algide.

En 1900, Chantemesse et Lamy (Congrès international de médecine, Section de Pathogénie expérimentale, page 137), présentent le résultat de très intéressantes expériences sous ce titre: « Contribution à l'étude des effets des toxines microbiennes sur le cœur isolé. » Toxine typhique — Toxine diphtérique — Le cœur employé est celui de la tortue.

Un cœur est mis à nu, les battements en étant entretenus par le passage d'un courant de sang défibriné frais au moyen d'un dispositif très ingénieux.

Ce premier cœur a été soumis à l'action de la toxine.

Un deuxième cœur également disposé, mais privé de toxine sert de témoin.

Vingt quatre heures après la première dose injectée, le cœur intoxiqué ne fonctionne presque plus, le cœur témoin se contractant encore vigoureusement.

Le poison typhique amène la mort du cœur avec inexcitabilité absolue. L'arrêt définitif a lieu en diastole. Il est précédé de troubles dans le fonctionnement de l'organe, ralentissement, le plus souvent; dilatation progressive, toujours.

Enfin nous lisons dans Chantemesse et W W Podwyssotsky », « Processus Généraux » Tome II 1905, la relation d'expériences multiples sur les troubles apportés par certaines toxines dans la régulation thermique. Il y a des toxines qui troublent la régulation thermique dans le sens de l'hypothermie. Roussy les appelle *frigorigènes* ou *algogènes.*

L'injection à un animal d'une forte dose de toxine typhique soluble provoque un abaissement de température (Chantemesse).

Il résulte de tous ces travaux que la toxine typhique est un *vrai poison du cœur, amenant la paralysie de cet organe.*

Cette paralysie ne se produit qu'à dose de saturation, les éléments du myocarde retenant énergiquement la toxine (Monnier).

Mais alors, si l'on explique la crise hypothermique grave avec collapsus cardiaque par une action toxique du bacille d'Eberth, comment se fait-il que la crise disparaisse si rapidement sans laisser de traces? Il y a évidemment contradiction! Si le cœur devenu la proie définitive de la toxine, retenant dans l'intimité de ses fibres le poison mortel charrié par la circulation, est frappé de déchéance souvent irrémédiable, comment pourrait-il retrouver sa contractilité au bout de quelques heures?

Il est donc bien difficile d'admettre un trouble organique grave du cœur pour expliquer les phénomènes alarmants mais transitoires de la crise hypothermique.

« L'hypothèse d'une lésion bulbaire, bien qu'aucune expérience n'ait été faite sur ce point n'est pas plus soutenable pour la même raison. » (Monnier) Altérations bulbaires, altérations cardiaques sont choses graves, irréparables même le plus souvent, et rapidement mortelles.

Toute impressionnante qu'elle soit, la crise hypothermique comporte au contraire un pronostic relativement bon.

Ne pouvant trouver là une solution au problème, nous nous rangerons plus volontiers à l'opinion émise par Tissot dans sa thèse et à laquelle semble vouloir se ranger aussi notre maître, le professeur Monnier.

Ce dernier, au cours de recherches sur la sérothérapie typhique expérimentale faites il y a quelques années, constata que si l'on inocule de petites doses de toxine, le thermomètre s'élève; avec des doses de plus en plus considérables, on obtient une hypothermie qui peut aller jusqu'au collapsus. En somme, les résultats de Chantemesse et Widal.

On peut donc admettre, et c'est la conclusion de cette simple discussion pathogénique, que sous l'influence d'une dose plus considérable de poison typhique, ou par suite d'une diminution momentanée de la résistance de l'organisme à l'intoxication, la *région thermo-régulatrice se trouble, se dérègle,* selon l'expression heureuse de Tissot.

On assiste alors à un véritable syndrôme bulbaire, purement *fonctionnel*, déterminant les troubles plus ou moins accusés que nous avons décrits, en un mot la véritable *crise hypothermique grave.*

Cette hypothèse, ce n'est qu'une hypothèse, nous semble la plus acceptable.

Il resterait à déterminer la part de la toxine et de l'organisme lui-même dans la production des phénomènes hypothermiques. Pourquoi et comment la première acquiert-elle une plus grande virulence, comment se comporte le second dans sa résistance contre le poison envahisseur?

L'avenir nous l'apprendra peut-être.

CHAPITRE V

Traitement

Etant donné le caractère de bénignité absolue de la crise hypothermique légère, nous n'insisterons pas sur le traitement. Une surveillance constante du cœur doit être de règle pour en prévenir si possible les défaillances.

C'est surtout en présence d'une crise hypothermique grave avec cyanose, collapsus, qu'il faut agir, et agir énergiquement, sous peine de voir la crise devenir peut-être fatale au malade.

Tissot recommande un procédé que nous n'avons pas vu employer.

« Le malade est assis dans une baignoire dont l'eau à 30° ou 35°, lui affleure à peine les seins; on lui verse aussitôt de l'eau froide à 10°, à 15°, pendant quelques minutes d'une hauteur de 50 centimètres sur la tête et les épaules; un massage énergique est pratiqué sur le thorax et les membres, et le malade est replacé dans

son lit, entouré de linges chauds à travers lesquels on continue à le frictionner. »

Il nous semble indispensable d'agir immédiatement sur le cœur.

L'huile camphrée en injections sous-cutanées est un des meilleurs moyens à employer. Nous nous servons encore d'une solution combinée de sulfate de strychnine (1 milligramme) et de sulfate de spartéine (1, 2, 3 centigrammes par centimètre cube) ; une ou deux injections par jour (Monnier). Cette médication à laquelle on joindra si besoin en est l'application de glace sur la région précordiale, des frictions stimulantes, des préparations à base d'alcool, du café, du champagne, de l'acétate d'ammoniaque, a donné d'excellents résultats.

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I (I de Tissot)

G. V., 37ans, entré le 12 novembre 1903 au Bastion 29 — Pris, il y a cinq semaines, d'une congestion pulmonaire — avec douleur dans le côté, mais sans crachement de sang. En même temps il aurait eu de la diarrhée, mais pas d'épistaxis ni de céphalée, pas de vomissements.

Il serait, dit-il, resté cinq semaines dans cet état, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Prostration profonde. Grand amaigrissement. Il ne tousse pas et a peu de diarrhée; la langue est sale, blanche, rouge sur les bords et à la pointe. La bouche est fuligineuse. Sur le thorax et l'abdomen, en avant, nombreuses taches rosées s'effaçant à la pression. N'a pas uriné depuis douze heures.

A l'auscultation les deux poumons sont remplis de râles.

Le cœur bat faiblement. Pouls à 76. Le ventre est souple. Gargouillement dans la fosse iliaque et rate grosse. Pas de raideur de la nuque, ni de troubles de la vue, ni d'inégalité pupillaire.

A son entrée la température atteignait 38° 5, à 9 heures du

soir. Le lendemain matin elle est descendue à 36 , à 9 heures du matin, puis à 35°. A ce moment le pouls est à 64, très faible; refroidissement des extrémités et cyanose.

Nuage d'albumine. Diazo-réaction positive, intense, séro-diagnostic positif, soubresaut des tendons.

On donne au malade, toutes les 3 heures, des demi-bains tièdes avec affusion d'eau froide. La température se relève peu à peu jusqu'à 38° en même temps que l'état général s'améliore.

Le 14, pouls à 88 irrégulier. Le malade est mieux.

Le 15, la température oscille autour de 38°. Pouls à 90, régulier. Facies bon.

Le 16, la température se maintient au-dessus de 38°. Le pouls, bon, bat à 98. Plus d'albumine ni de diazo.

Le 17, petite escharre fessière. Température autour de 38°.

Le 18 : température entre 37 et 39. Pouls bon à 95.

Le 27 : Température redescendue à 37°.

Enveloppement. Râles encore très agglomérés au sommet.

Le 28 : Température au-dessous de 37°. Pouls à 80 dicrote.

Le 30 : Température un peu remontée.

Le 1er : Température au-dessous de 37°.

Le 3 : Température tend à remonter; pouls dicrote.

Le 4 : Température continue à s'élever, le pouls suit progressivement. On fait une injection de un quart de centimètre cube de sérum de Chantemesse.

Le 5 : Le pouls est à 37.

OBSERVATION II (II de Tissot)

C. garçon laitier.

Entré le 25 août 1903. Malade depuis 8 jours. Céphalée, douleurs à l'épigastre. Ventre souple, indolore. Gargouillement dans

la fosse iliaque. Constipation, Grosse rate. Diazo-réaction positive.

Cœur rien. Pouls 92. Température à l'entrée 39° 8. Bains froids. Séro positif.

Le 26: la température s'est notablement abaissée depuis son entrée. En même temps sont apparus des phénomènes de cyanose marqués des lèvres et des extrémités, surtout des mains. Pouls à 84. Bains tièdes.

27 *Août.* Le malade a du délire, veut absolument quitter l'hôpital. Il se lève même. Son facies est anxieux, maussade. les extrémités sont cyanosées et froides. Ventre souple et indolore. Température 36,9.

29 *août.* La température se relève peu à peu et oscille entre 38 et 39.

30 *août.* Le délire disparaît .

1er *septembre.* Plus de délire. La température s'élève progressivement depuis le 29 août. Etat général bon.

3 *septembre.* Le malade se plaint du ventre.

Le 4 *septembre.* Phénomènes abdominaux qui s'amendent rapidement.

Le 5 *septembre.* Température 37,6.

Le 6 *septembre.* Chute brusque de la température à 36,6. Pouls à 66.

Le 7 *septembre.* La température remonte à 37°,6.

Les 8, 9, 10. Descente jusqu'à 37°

Les 11, 12, 13, 14. Ascension jusqu'à 37°,6. Guérison.

OBSERVATION III — (IV de Tissot)

L. M., 48 ans, ménagère. Entrée le 12 juin. Début de la maladie le 8 mai. Examen le 13. Langue sèche, facies amaigri. Toux par quintes espacées avec expectoration sanguinolente de con-

gestion pulmonaire, râles sous crépitants et humides à grosses bulles à la base gauche, submatité au même point.

Anorexie. Diarrhée. Bon pouls bien frappé, 92, un peu de prostration. Nuage d'albumine. Pas de diazo. Température 39,4. Bains, tisane, lait.

Dans la nuit du 24 au 25 juillet, selles en diarrhée. Depuis 5 jours la malade ne prenait que du lait, ayant continuellement du dégoût et des nausées.

A 11 heures du matin elle avait 37,6, à 2 heures 35,3. La température est reprise plusieurs fois, malgré cela peu de signes nouveaux; un peu de pâleur, pas de refroidissement des extrémités, pas de frissons, pouls à 90, 100. Rien du côté du ventre.

Vomissements bilieux verdâtres. Foie un peu gros.

On pense à une hémorragie intestinale: ergotine, sérum gélatiné.

A 5 heures: 34°, 7.

A 11 heures 33°, 8.

Même état général, peu de modifications du pouls. Pas de vertiges, seulement une faiblesse assez grande et le corps se refroidit. 200 cc. de sérum artificiel, puis on réchauffe la malade avec des boules, des draps chauds. Peu d'urines. La malade guérit (entre en convalescence quelque temps après).

OBSERVATION IV. — (Paul Léger) (in *Année Médicale de Caen*, mai 1906)

Notre cliente âgée de 25 ans a fait une fièvre typhoïde longue (Juillet Octobre 1905) une rechute ayant retardé l'évolution de la maladie.

Dès le début, la forme ataxo-adynamique est manifeste.

Un jour, crise de délire impulsif.

La malade fut maintenue à grand peine par les personnes présentes.

A notre arrivée, état adynamique profond, refroidissement, abaissement thermique.

Le tracé est redevenu normal. Puis, de temps en temps, sans cause apparente (les selles étaient examinées avec le plus grand soin), brusques dépressions; la feuille de température nous montre le 11 août, une descente de 39° 2 à 36° 9, le 23 de 39° 2 à 37° en quelques heures.

Pendant la rechute, ces écarts ont été surtout manifestés à l'approche de la convalescence, et même pendant cette dernière.

Nous avons pu les noter nous-mêmes et constater l'existence des frissons, du refroidissement, de la cyanose atténuée dans ce cas. Un jour même une température de 34° 5 a été notée par une garde expérimentée; cependant nous avions émis un doute sur cette température ignorant alors l'existence d'abaissements aussi considérables que ceux qui ont été signalés par Tissot (34°).

OBSERVATION V. — *(U. Monnier) (Gazette des Hôp. de Nantes* 1908)

Salle 20 de l'Hôtel-Dieu. Lit 32.

Femme de 22 ans.

Entrée le 21 décembre 1900.

Séro-diagnostic positif.

Le 8 janvier 1901, je trouve à ma visite du matin la malade dans un état d'apparence très grave: facies pâle, sueurs profuses, pouls à peine perceptible.

L'auscultation du cœur dénotait de l'arythmie.

La température était de 36° 4, alors que la veille au soir elle atteignait 40°.

Rien du côté de l'abdomen, du foie, ou des reins. Pas d'hémorragie intestinale.

Sous l'influence des toniques cardiaques, des stimulants, la température remonta à 37° 5, puis, le lendemain, à 37° 8, en même temps que l'état général redevenait meilleur. La convalescence survint au bout de quelques jours et bientôt la malade sortait guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VI *(inédite)*

(U. Monnier) Recueillie par notre ami *R. Malus,* interne
Service des Pensionnaires femmes de l'Hôtel-Dieu

F. J. 22 ans. Célibataire. Domestique.

Entrée le 20 Juin 1908.

Antécédents héréditaires, néant.

Parents en bonne santé.

Antécédents personnels: Née avant terme, à 7 mois. (accident maternel, trauma).

Rougeole dans l'enfance. Varices.

Hypéresthésie personnelle habituelle.

Le 7 *juin,* fut prise de vertiges, céphalée, vomissements, anorexie.

Insommie depuis cette époque. Courbature. Frissons. Fièvre. Sueurs. Vomissements alimentaires. Diarrhée abondante et fétide.

A l'entrée 38°. Pouls à 100. Hyperesthésie généralisée tant à l'abdomen que sur le dos et les membres. Langue saburrale. Soif vive. Météorisme. Taches roses discrètes sur l'abdomen et sur le dos. Ballonnement et gargouillements. Rate percutable. Foie à peu près normal.

Quelques râles ronflants et une très légère dyspnée.

1e : *bruit* du cœur un peu sourd.

Le 21, à 4 heures : 40°.

Le 22 : Bains froids. Pouls 94. Température 38° 5.

Le 24 : 40e le soir.

Le 25 : taches rosées multiples, généralisées. 39° degré le matin. Pouls à 96.

Métrorrhagie (Dernières règles le 24 mai). (La malade perdit du sang du 14 au 16 juin).

Le 28 *juin*. Matin : 35,5, pouls 88. Mêmes symptômes abdominaux. Mais la malade avait eu des vomissements toute la nuit.

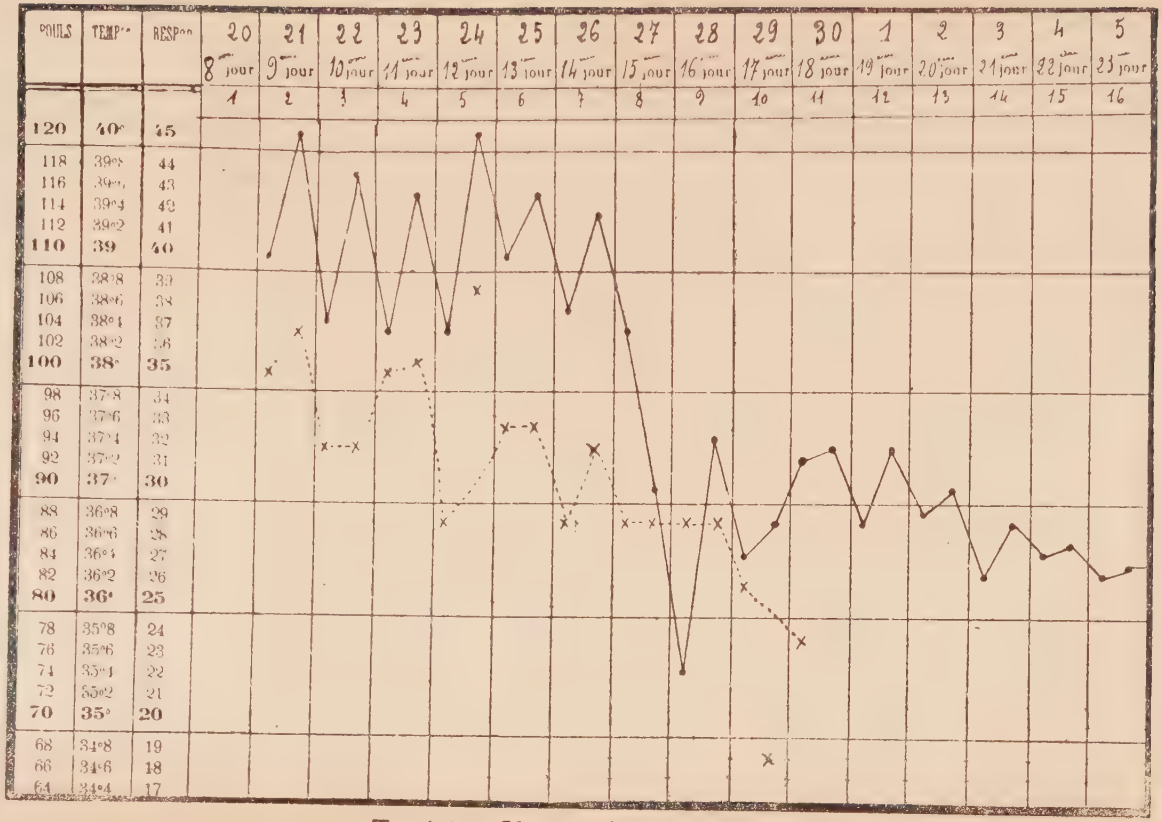
Du 29 au 30 *juin*. Température au voisinage de la normale. Amélioration générale. Le soir, 37° 4.

1er *Juillet*. matin. 36°,8. L'amélioration générale continue. Selles dures et noirâtres (on ne peut préciser l'origine de cet aspect, les selles n'ayant pas été conservées).

2 *Août :* L'état s'améliore de plus en plus.

3 *Août :* Bon état général. La malade réclame à manger. Selles à peu près normales.

4 *Août :* Très bon état général. (Voir le tracé 1)



Tracé 1 — **Observation VI** (MONNIER)

OBSERVATION VII (MONNIER *Gazette* p. 164)

Salle 20 de l'Hôtel-Dieu.

Femme de 21 ans, entrée le 16 janvier 1900. Couchée au numéro 10. Séro-diagnostic positif.

A la fin de la troisième semaine, chute brusque de la température, sans aucun autre signe apparent, de 39° le soir à 36° 4 le matin.

La température remonte le soir même à 38° 6. Guérison.

OBSERVATION VIII (MONNIER *Gazette*, p. 164)

Salle 8. Homme de 28 ans. Lit 32.

Début de la fièvre typhoïde vers le 16 septembre 1900.

Séro-diagnostic positif.

Chute brusque de la température de 40° à 36° 6, le 2 octobre, sans autre signe. La température remonte le lendemain à 39° 8.

OBSERVATION IX (MONNIER *Gazette* p. 164)

« J'observe en ce moment aux pensionnaires femmes de l'Hôtel-Dieu, une jeune domestique de 20 ans, atteinte de fièvre typhoïde avec séro-réaction positive au 1/50 e et qui sans raison apparente, vient de présenter une chute brusque de température de 39° à 35°.

OBSERVATION X (*inédite*)

(Hôtel-Dieu. Service de M. le Docteur *Léquyer*. *Mauger* interne)
(Due à l'obligeance de notre camarade *Mauger*)

Salle C.

Homme 30 ans. Entré le 12 Décembre 1908.

Début il y a 15 jours.

Fièvre depuis 8 jours.

Soigné pour fièvre typhoïde, il a été pris d'un délire léger il y a trois jours.

Incontinence d'urines et des matières.

Selles jaunes très fétides.

Pas d'albumine dans les urines.

Les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal.

Le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 13, la température qui était de 40° à 6 heures la veille au soir, tombe brusquement, le matin, à 35° 8, le soir à 34° 6. Ces chutes sont précédées de sueurs assez abondantes. On n'observe absolument rien du côté du ventre.

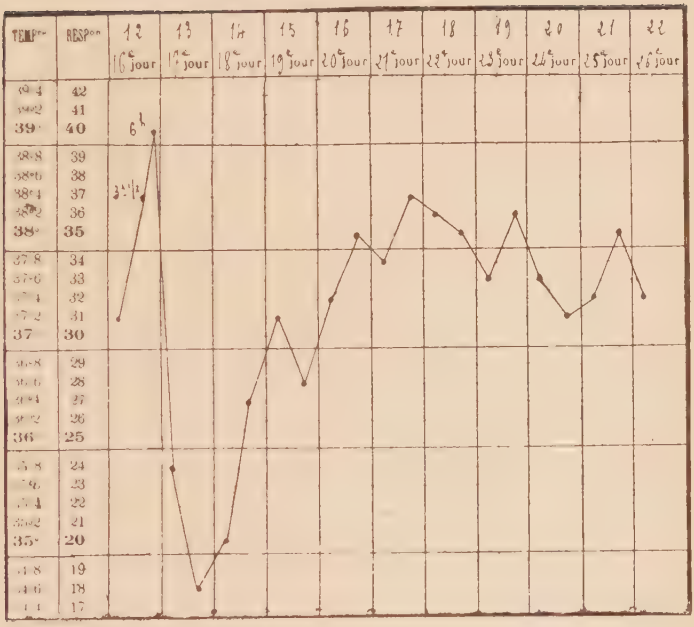
On institue alors un traitement énergique (la chute étant attribuée à une forte dépression nerveuse).

Frictions sèches. Alcool. Caféine et huile camphrée. Puis strychnine et spartéine combinées.

La température remonte alors dès le lendemain et graduellement jusqu'à 38° 4 le 17.

La maladie continue son évolution. (Voir le tracé ?).

DECEMBRE 1908



Tracé 2 — **Observation X** (*inédite*)

OBSERVATION XI (MONNIER *Gazette*, p. 161)

Jeune fille de 19 ans. Séro-diagnostic nettement positif au 1/500.

Jusqu'au treizième jour, rien d'anormal.

Le quatorzième au matin, la malade se plaint d'un malaise subit, d'un sentiment d'angoisse indéfinissable, et d'une oppression graduellement croissante. A ce moment le visage a l'expression d'un véritable état syncopal. Les extrémités sont froides.

Pouls à peine sensible, inégal, très irrégulier.

On perçoit faiblement les battements du cœur, le premier bruit surtout. On a tantôt comme l'impression du rythme fœtal, tantôt comme la sensation d'intermittences vraies. La malade est inondée de sueurs.

Température vaginale 35° 8 (39° 2 sept heures avant).

Ventre souple, nullement douloureux. Selles jaunes.

Injections d'huile camphrée, frictions sur le corps, boissons très chaudes. Le cœur retrouve sa contractilité. Dans la soirée le pouls devient plus sensible, plus régulier. La température remonte à 37° 2.

Le lendemain matin 38° 9.

La malade ne conserve de sa crise de la veille que de la courbature et une grande sensation d'abattement.

Elle est sortie peu de temps après complètement guérie.

OBSERVATION XII

(BÉNAZET, in *Thèse Lyon* 1907, obs. XIV et tracé n° 1564 de la collection du service de M. le Professeur Pic)

F. Marie Benoîte, 39 ans.

Entrée le 17 septembre 1907.

Pas d'antécédents, sauf une hystérectomie pour fibrôme, il y a un an.

Début il y a dix jours.

A l'entrée, obnubilation, céphalée.

Langue sèche, rouge.

Ventre un peu douloureux. Rate grosse. Taches rosées

Pouls un peu dicrote: 90.

Un disque d'albumine.

28 *septembre.* Chute brusque de la température à 35° 7 sans cause connue.

Premier octobre. Eruption confluente de taches rosées sur l'abdomen.

3 octobre. Séro-diagnostic positif.

CONCLUSIONS

Les chutes brusques de la température dans la fièvre typhoïde, sans trouble viscéral intercurrent si elles ne sont pas fréquentes, ne sont cependant pas un fait absolument rare.

Les unes se présentent sous un aspect bénin sans adjonction d'aucun symptôme apparent chez le typhique. Ce sont les crises hypothermiques *légères.*

Les autres offrent un ensemble clinique plus ou moins alarmant, caractérisé surtout par des phénomènes de collapsus cardiaque.

Ce sont les crises hypothermiques *graves.*

Les crises légères et les crises graves peuvent se rencontrer à toutes les périodes de la maladie. Mais c'est surtout au début, à la période d'état et à la fin de la défervescence qu'on les observe le plus souvent.

Le pronostic en est relativement bon, à condition

toutefois qu'on oppose aux crises graves le traitement approprié. Certaines formes de chutes graduelles de la température au déclin de la défervescence peuvent être considérées comme un signe de guérison.

Vu : le Président de thèse

CHAUFFARD.

Vu pour le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bénazet. — *Thèse Lyon* 1907. Etude de la température dans la défervescence de la fièvre typhoïde.

Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine. Tome II 1899.

Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine. Tome VIII 1899.

Chantemesse et Lamy. — Comptes rendus du Congrès de 1900. Action des toxines sur le cœur.

Chantemesse et Widal. — *Archives de Physiologie* 1887.

Chantemesse et Widal. — *Annales de l'Institut Pasteur* 1892. Description de l'infection typhique chez le cobaye inoculé avec un virus exalté.

Chantemesse et Podwyssotsky. — Processus généraux. Tome II 1905.

Collignon. — *Thèse Lyon* 1908.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses 1877.

Guéneau de Mussy. — Cliniques 1874. 2e édit. page 273.

Jaccoud. — Leçons de Clinique médicale 1874, 2e édit. page 763.

Jaccoud. — Pathologie Interne. Tome III.

Journal des Praticiens 1909. page 105.

Léger (Dr Paul). — *Année Médicale de Caen,* mai 1906.

Monnier (Dr Urbain). — *Gazette médicale de Nantes* 1908, pages 161 et suivantes.

Ortiz Ricardo. — *Thèse Paris* 1894.

Rosenthal (M. J.). — Subnormal température in typhoïd feber. Philadelph. *M. J.* 1898.

Tissot. — *Thèse Paris* 1905.

Wunderlich (C.). — Das Verhalten der Eigenwœrme in Krankeiten, Leipzig, 1870.